

Demande de service de transport adapté ADA

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DEMANDEURS

Ce paquet contient des informations et formulaires nécessaires à votre demande d'admissibilité au service de transport adapté de la région de San Francisco. Dans le cadre des exigences de la loi américaine en faveur des personnes handicapées intitulée Americans with Disabilities Act (ADA), le service de transport adapté est assuré par tous les systèmes de transport en commun. Ce type spécial de transport en commun est limité aux personnes inaptes à utiliser les transports en commun ordinaires sans aide, de façon ponctuelle ou permanente, en raison d'un handicap ou d'un état de santé.

Pour pouvoir utiliser le service de transport adapté ADA, vous devez être reconnu(e) comme admissible. L'admissibilité est déterminée au cas par cas. Conformément aux réglementations de la loi ADA, l'admissibilité est strictement réservée aux personnes ayant des limitations spécifiques qui les empêchent d'utiliser les transports en commun accessibles.

Votre demande peut être approuvée pour une admissibilité intégrale (sans condition) ou de façon limitée pour certains trajets uniquement (admissibilité conditionnelle). Si vous êtes jugé(e) apte à utiliser les bus et trains ordinaires pour tous vos trajets, sans l'aide d'une autre personne, vous ne serez pas admissible pour le service de transport adapté.

Pour faire une demande d'admissibilité, vous devez remplir le formulaire joint dans son intégralité. Nous étudierons votre capacité à utiliser les transports en commun accessibles. Après avoir étudié votre demande, nous aurons peut-être besoin d'informations complémentaires. Pour cela, nous :

- vous contacterons par téléphone ;
- fixerons un entretien personnel ou une évaluation fonctionnelle, ou ;
- consulterons votre médecin, professionnel de santé ou tout autre spécialiste concernant votre état et vos capacités.

Pour :

Braille

Gros caractères

Cassette audio

Disquette/ CDR

Composez le : (415) 351-7000

Votre demande, dûment complétée, sera traitée dans les 21 jours à compter de sa réception. Par ailleurs, vous devrez vous rendre disponible pour une évaluation de deuxième niveau, si nécessaire. Celle-ci pourrait comprendre un entretien téléphonique avec vous, une vérification médicale ou un entretien en personne. L'entretien en personne peut comprendre un test fonctionnel visant à déterminer votre capacité à utiliser les transports en commun, comme être capable de marcher jusqu'à un arrêt d'autobus, lire la signalisation, etc.

Vous recevrez la décision concernant votre admissibilité par courrier. Si vous êtes jugé(e) admissible, vous pourrez voyager dans les neuf comtés qui composent la région de San Francisco. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision rendue, vous avez le droit de faire appel. Des informations sur la procédure d'appel sont incluses avec la décision d'admissibilité. Si la décision prend plus de 21 jours, vous pourrez obtenir le droit d'utiliser le système de transport adapté jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue. Cette situation ne s'applique pas si, par omission de votre part, nous ne sommes pas en mesure de mener à terme le traitement de votre demande.

CONSIGNES POUR LES DEMANDEURS

1. Veuillez **ÉCRIRE EN TOUTES LETTRES les réponses complètes à toutes les questions** du formulaire de demande. Vos réponses et explications détaillées nous aideront à prendre une décision appropriée. Veuillez **répondre à TOUTES les questions. Dans le cas contraire, votre demande sera considérée comme incomplète.** Les demandes incomplètes seront renvoyées.
2. Vous n'êtes pas obligé(e) de joindre les pages ou informations complémentaires. Cependant, vous voudrez peut-être envoyer d'autres documents que vous estimez utiles pour nous aider à comprendre vos limitations. **Toutes les informations envoyées resteront strictement confidentielles.**
3. **Vous devez apposer votre SIGNATURE à trois endroits pour compléter la demande :**
 - Certification du demandeur (Page 8)
 - Autorisation de divulgation des informations à l'attention d'un professionnel médical ou de rééducation approprié (Pages 9 et 10)
4. **Renvoyez la demande complétée à l'adresse : 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103, États-Unis.**

Mer

Pour obtenir de l'aide avec votre demande ou pour vérifier l'état de votre demande, composez le : (415) 351-7050.

À remplir

Informations personnelles et coordonnées

Nom complet (*prénom et nom*) :

_____ E-mail : _____

Adresse: _____ N° : _____

Ville: _____ Code postal : _____

Adresse postale (*si différente du domicile*):

_____ N° : _____

Ville: _____ Code postal : _____

N° de tél. (journée): (_____) _____ **ATS/TTY:** (_____) _____

N° de tél. (soirée): (_____) _____ **Mobile :** (_____) _____

Date de naissance : ____/____/____ Femme Homme

Langue maternelle (*cochez*) : Anglais Autre (*précisez*) _____

Race/ Ethnicité (optionnel): Asiatique et/ou insulaire du Pacifique

Noir et/ou afro-américain Hispaniques et/ou Latinx

Blanc Moyen-Orient et/ou Afrique du Nord Indien d'Amérique

Une autre race ou ethnicité (définir): _____ Préfère ne pas déclarer

Veillez cocher le format que vous préférez pour recevoir d'autres informations écrites :

Disquette/CDR Cassette audio Braille Gros caractères

Autre _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Prénom et nom : _____

Relation : _____

N° de tél. (journée): (_____) _____ N° de tél. (soirée): (____) _____

Votre handicap / état de santé

Veillez répondre aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Vos réponses nous aideront à déterminer votre admissibilité.

1. Quel **handicap ou état de santé** vous **EMPÊCHE** d'utiliser les transports en commun ordinaires sans l'aide d'une autre personne (BART, bus, tramway) ?

2. Expliquez brièvement **POURQUOI** votre état vous empêche d'utiliser les transports en commun ordinaires sans l'aide d'une autre personne.

3. Depuis quand vivez-vous dans les conditions que vous avez décrites précédemment ?

0 à 1 an 1 à 5 ans Plus de 5 ans

4. Les conditions que vous avez décrites changent-elles de jour en jour ? Cela affecte-t-il votre capacité à utiliser les transports en commun ?

Oui, parfois en bien, parfois en mal. Non, elles ne changent pas.
 Je ne sais pas.

5. Les conditions que vous avez décrites sont :

Permanentes Temporaires Je ne sais pas

Si elles sont temporaires, combien de temps dureront-elles selon vous ?

Vos capacités et activités habituelles

6. Utilisez-vous l'une des aides ou l'un des équipements spécialisés suivants ? (*cochez toutes les cases pertinentes*)
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant élect. | <input type="checkbox"/> Appareils de communication |
| <input type="checkbox"/> Canne blanche | <input type="checkbox"/> Animal guide | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Scooter élect. | <input type="checkbox"/> Béquilles | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel |
| <input type="checkbox"/> Attelle jambière | <input type="checkbox"/> Bouteille d'oxygène portable | |
| <input type="checkbox"/> Autre aide _____ | | |
7. Cochez la case qui décrit le mieux vos conditions de vie actuelles :
- Soins 24 h/24 ou établissement de soins infirmiers spécialisés
 - Résidence-services
 - Je bénéficie de l'aide d'une personne qui vient à domicile pour mes activités quotidiennes
 - Je vis avec ma famille qui m'aide
 - Je vis de façon autonome (sans l'aide d'une autre personne)
8. Combien de pâtés de maisons pouvez-vous parcourir avec votre aide à la mobilité et sans l'aide d'une autre personne ?
- _____
9. Quelle affirmation parmi les suivantes vous décrit le mieux si vous deviez attendre un moyen de transport dehors ? (*cochez une seule réponse*)
- Je pourrais attendre seul(e) pendant 10 à 15 minutes
 - Je pourrais attendre seul(e) pendant 10 à 15 minutes uniquement si j'ai un siège et un abri
 - J'aurais besoin d'une personne pour attendre avec moi car
- _____
10. Quelle affirmation parmi les suivantes vous décrit le mieux ? (*cochez une seule réponse*)
- Je n'ai jamais utilisé de transports en commun
 - J'ai déjà utilisé les transports en commun mais plus depuis le début de mon handicap
 - J'ai utilisé les transports en commun au cours des 6 derniers mois

Vos besoins en matière de transport

11. Comment vous rendez-vous à vos destinations fréquentes ?

(cochez toutes les cases pertinentes)

- Bus Transport adapté Je conduis BART
 Taxi Ferry Tramway On me conduit
 Autre _____

12. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour effectuer vos transports ?

- Toujours Parfois Jamais

12a. Si vous avez répondu « toujours » ou « parfois », quel type d'aide recevez-vous ?

13. Seriez-vous capable d'aller et de revenir de l'arrêt/station de transport le plus proche de chez vous ?

- Oui Non Parfois

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

14. Seriez-vous capable d'attraper une poignée ou une rampe, des pièces ou un ticket en montant ou en descendant d'un transport en commun ?

- Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

15. Seriez-vous capable de garder votre équilibre ou de tolérer le mouvement du transport en commun si vous êtes assis(e) ?

- Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

16. Seriez-vous capable de monter ou de descendre d'un bus s'il est équipé d'un ascenseur, d'une rampe ou d'un plancher bas ?
 Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé
Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

17. Veuillez ajouter toute autre information que vous souhaiteriez porter à notre connaissance concernant vos capacités.

Avez-vous répondu à toutes les questions et expliqué lorsque c'était nécessaire ?

LES DEMANDES INCOMPLÈTES SERONT RENVOYÉES.

Certification du demandeur

Je **certifie** que les informations contenues dans cette demande sont **vraies** et **correctes**. Je comprends que la falsification délibérée d'informations entraînera un refus de service. Je comprends que toutes les informations resteront confidentielles et que seules les informations requises pour la prestation des services que je demande seront divulguées aux personnes chargées de ces services.

Je comprends qu'il peut être nécessaire de contacter un professionnel qui connaît mes capacités fonctionnelles à utiliser les transports en commun dans le but d'aider à déterminer mon admissibilité.

Signez ici :

Signature du demandeur _____ Date _____

Souhaitez-vous nous indiquer une personne (ex. : parent, collègue ou agence, etc.) à aviser 90 jours avant l'expiration de votre admissibilité ?

Oui Non

Si oui, indiquez le nom de la personne/agence :

Adresse e-mail : _____ Tél. : (____) _____

Relation : _____

Vous a-t-on aidé à remplir ce formulaire ? Oui Non

Si oui, nom : _____ Tél. : (____) _____

Relation : _____

Remarque : il vous incombe de nous avertir si votre handicap s'améliore suffisamment pour modifier votre admissibilité. Si votre état s'améliore après avoir été déterminé(e) admissible ou si nous découvrons que vous avez fourni de fausses informations, votre admissibilité peut être suspendue ou vous serez contraint(e) de faire une nouvelle demande.

Autorisation de divulgation des informations médicales

(à compléter par le demandeur)

J'**autorise, par la présente**, le professionnel agréé suivant (médecin, thérapeute, assistant(e) social(e), etc.) capable de vérifier mon handicap ou mon état de santé, à divulguer ces informations à mon agence locale de transport en commun. Ces informations seront utilisées uniquement pour vérifier mon admissibilité aux services de transport adapté. Je comprends que j'ai le droit de recevoir une copie de cette autorisation et que je peux l'annuler à tout moment.

Nom du professionnel autorisé à divulguer mes informations médicales :

Adresse :

N° de dossier médical ou d'identité, si connu :

Téléphone _____

Fax _____

Signez ici :

Signature du demandeur _____ Date _____

**AUTORISATION D'UTILISATION OU DE DIFFUSION DES INFORMATIONS
(à remplir par le demandeur ou le représentant du demandeur)**

À : _____ (nom du médecin ou prestataire)

J'autorise, par la présente, l'utilisation ou la divulgation de mes informations médicales personnellement identifiables (« informations médicales protégées ») telles que décrites dans le présent formulaire (la présente « autorisation ») à SF Paratransit à des fins de détermination de mon admissibilité à bénéficier des services de transport.

Nom du patient : _____ Date : _____

Veuillez envoyer les informations requises à l'adresse :

San Francisco Paratransit, 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103, États-Unis

Description spécifique des informations médicales protégées à utiliser ou à divulguer :

Le ou les handicaps documentés de notre demandeur/votre patient et l'incidence qu'ils ont sur son aptitude à utiliser seul(e) les bus/trains accessibles de Muni ou BART.

Événement entraînant l'expiration de la présente autorisation :

Vérification professionnelle des informations spécifiques demandées (voir ci-dessus) qui nous permet de déterminer l'admissibilité au service de transport adapté ADA.

Je comprends que mes informations médicales protégées sont de nouveau divulguées au destinataire autorisé des informations médicales protégées, conformément à la présente autorisation et que les informations médicales protégées diffusées ne seront plus protégées par les réglementations fédérales en matière de vie privée. Je comprends également que je peux annuler cette autorisation à tout moment en vous avisant par écrit. Auquel cas, elle n'aura plus d'effet sur les actions que vous aurez prises avant de recevoir l'annulation de la présente autorisation.

Signature de la personne ou du représentant de la personne

Date

(Complétez le formulaire avant de le signer)

Écrivez le nom du représentant de la personne en majuscules : _____

Relation avec la personne : _____

Témoïn

Date

(Le présent formulaire est disponible sous des formats accessibles et/ou d'autres langues sur demande.)